

**Maria Kózka, Elżbieta Walewska, Lucyna Ścisło, Anita Orzeł-Nowak, Ewa Jajko**

Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego, Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, Kraków

# Determinanty radzenia sobie z bólem u pacjentów z chorobą nowotworową

## Determinants of coping with pain in cancer patients

### STRESZCZENIE

**Wstęp.** Ból u chorych onkologicznie wynika ze specyfiki choroby nowotworowej. Szacuje się, że blisko 75% chorych z nowotworem odczuwa ból na jednym z etapów choroby. Leczenie bólu jest niezbywalnym prawem pacjenta. Leczenie farmakologiczne skutecznie niweluje ból u 80–90% chorych. Pomocne są strategie radzenia sobie z bólem.

**Cel.** Celem pracy była próba wyłonienia determinantów radzenia sobie z bólem wśród chorych onkologicznie.

**Materiał i metody.** Badaniami objęto 102 pacjentów hospitalizowanych na oddziałach chirurgii onkologicznej, radioterapii i chemioterapii. W pracy wykorzystano autorski kwestionariusz ankiety, Skalę Akceptacji Choroby (AIS), Skalę Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES), Kwestionariusz Radzenia Sobie z Bólem (QCS).

**Wyniki i wnioski.** W badanej grupie pacjenci najczęściej radzą sobie z bólem poprzez modlitwę/pokładanie nadziei, rzadziej poprzez deklarowanie radzenia sobie i odwracanie uwagi. Posiadają średnie wartości akceptacji choroby i poczucia własnej skuteczności. Analiza statystyczna materiału badawczego wykazała zależność między akceptacją choroby a katastrofizowaniem jako sposobem radzenia sobie z bólem oraz między akceptacją choroby a oceną panowania nad odczuwanym bólem i oceną możliwości jego zmniejszenia. Istnieje korelacja pomiędzy wszystkimi sposobami radzenia sobie z bólem i oceną panowania nad bólem oraz możliwością jego zmniejszenia a poczuciem własnej skuteczności. Wyższe poczucie własnej skuteczności daje pacjentom wyższą ocenę panowania nad własnym bólem i wyższą ocenę możliwości zmniejszenia bólu.

**Problemy Pielęgniarstwa 2013; 21 (3): 297–305**

**Słowa kluczowe:** choroba nowotworowa, ból, pacjent

### ABSTRACT

**Introduction.** It has been assessed that around 75% of cancer patients suffer from pain symptoms at one of the stages of the disease. Treatment of pain is patient's inalienable right. Pharmacological therapy effectively eliminates pain in 80–90% of patients. Pain coping strategies prove helpful.

**Aim.** An attempt to alienate determinants of coping with pain in cancer patients.

**Material and methods.** The research covered 102 patients hospitalized at wards of oncological surgery, radiotherapy and chemotherapy. The research is based on the proprietary questionnaire of the survey, Acceptance of Illness Scale, Generalized Self-Efficacy Scale, The Pain Coping Strategies Questionnaire.

**Results and conclusions.** In the studied group the patients predominantly deal with the pain by means of prayer/hope, in fewer cases by declarations that they are able to cope and diverting attention. They show median values of the acceptance of the disease and the feeling of own efficacy. Analysis revealed that a correspondence exists between the acceptance of the disease and a catastrophic approach as a pain coping strategy, also between the acceptance of the disease, the assessment of managing own pain and the assessment of the potential of its alleviation. A correlation exist between all of the strategies of coping with pain and the assessment of managing own pain, the possibility of its alleviation and the feeling of own efficacy. Higher feeling of own efficacy gives the patients an elevated estimation of own pain management and a greater assessment of the possibility of lowering own pain.

**Nursing Topics 2013; 21 (3): 297–305**

**Key words:** cancer, pain, patient

**Adres do korespondencji:** dr n. med., mgr piel. Elżbieta Walewska, Zakład Pielęgniarstwa Klinicznego Instytut Pielęgniarstwa i Położnictwa WNZ, Uniwersytet Jagielloński *Collegium Medicum*, os. Centrum D 2/24, 31–932 Kraków, tel.: 507 581 157, e-mail: elwalewska@gmail.com

## Wstęp

W Polsce w 2010 roku nowotwory złośliwe stanowiły drugą przyczynę zgonów, powodując ponad 26% zgonów wśród mężczyzn i 23% zgonów wśród kobiet. W 2010 roku nastąpił przyrost zachorowań (o ok. 2,5 tys. nowych przypadków), natomiast liczba zgonów po raz pierwszy zmniejszyła się w stosunku do poprzedniego roku.

U mężczyzn dominuje rak: płuca (21%), gruczołu krokowego (13%), jelita grubego (11%), pęcherza moczowego (7%) oraz żołądka (5%). Pozostałe 41% stanowią inne nowotwory. W przypadku kobiet największy problem to rak: piersi (23%), jelita grubego (10%), płuca (9%), trzonu macicy (7%), jajnika (5%) oraz szyjki macicy (4%). Pozostałe nowotwory stanowią 42% zachorowań [1].

Szacuje się, że blisko 75% chorych z nowotworem odczuwa ból na jednym z etapów choroby [2–4]. Ból nowotworowy jest szczególnym rodzajem bólu, ponieważ niesie ze sobą olbrzymi ładunek negatywnych emocji, co wynika ze specyfiki schorzeń onkologicznych. Chory cierpi, nie może funkcjonować jak do tej pory, narasta w nim złość i bezsilność. Odbija się to na jego codziennym funkcjonowaniu w rodzinie i społeczeństwie. Towarzyszy temu cierpienie egzystencjalne, człowiek zastanawia się jaki sens ma życie w ciągłym bólu. Wszystkie te dolegliwości psychiczne potęgują odczucie bólu, które wówczas przyjmuje postać bólu totalnego, wszechogarniającego [5]. Leczenie bólu jest niezbywalnym prawem pacjenta. Jego opanowanie stanowi przede wszystkim wyzwanie dla osób opiekujących się tą grupą chorych. Umiejętne posługiwanie się drabiną analgetyczną, stosowanie koanalgetyków, leków wspomagających oraz dawek ratunkowych leku przeciwbólowego dla łagodzenia bólów przebiegających, pozwalają na skuteczne opanowanie bólu u 80–90% chorych [3]. Sposób odczuwania bólu jest zależny od różnych czynników społecznych. Największą rolę odgrywają zwłaszcza poprzednie doświadczenia, osobiste przekonania, kultura, w jakiej człowiek był wychowany, a także sposób wychowania, potrzeby emocjonalne oraz procesy poznawcze [6]. Pozytywny wpływ emocji powoduje, że ból jest słabiej odczuwany. Odwrotnie natomiast oddziałują emocje negatywne. Zmieniają one bowiem percepcję w kierunku silniejszego odczuwania bólu. Świadczy to o tym, że samo przewidywanie bólu jest wystarczające, aby podnieść poziom lęku i spowodować, że ból wydaje się silniejszy. Wiadomo również, że sytuacja odwrotna, czyli odwrócenie uwagi od bólu może skutkować jego zmniejszeniem lub nawet zniesieniem. Z zagadnieniem tym wiąże się również poczucie kontroli nad sytuacją, które w istotny sposób wpływa na doznanie bólowe. Im większy poziom poczucia kontroli nad bólem, tym większa efektywność radzenia

sobie z nim. Czasami wystarczające jest subiektywne odczucie panowania nad bólem. Chroni ono przed bezradnością i biernością, pozwala zorganizować aktywność mimo dolegliwości i współpracę z zespołem terapeutycznym w celu osiągnięcia zamierzonego celu [7]. Podobne prawidłowości obserwuje się odnośnie do poczucia własnej skuteczności. Wykazano, że wiara w to, że jest możliwa skuteczna kontrola bólu, jest w stanie ograniczyć intensywność bólu indukowanego eksperymentalnie [8]. To jak chory poradzi sobie z bólem zależy od jego predyspozycji osobowościowych, poczucia własnej skuteczności, strategii radzenia sobie z chorobą oraz wsparcia, jakie otrzyma od otoczenia [9]. Okazuje się, że niewiarygodnie duże znaczenie ma nadzieja. Stanowi ona bowiem swego rodzaju psychologiczny mechanizm obronny, który umiejętnie wykorzystany może stać się źródłem i bodźcem do działań mających na celu radzenie sobie z chorobą i związanymi z nią dolegliwościami [10]. W przypadku strategii radzenia sobie z bólem wyróżnia się dwa typy zachowań adaptacyjnych. Pierwszy z nich jest nastawieniem zadaniowym na rozwiązanie problemu. Chory podejmuje więc wysiłek w kierunku zmiany bądź usunięcia źródła stresu. Obserwuje się wówczas orientację na utrzymanie aktywności życiowej, odwracanie uwagi od bólu, podejmowanie różnorodnych działań zmniejszających doznanie bólowe. Drugim zachowaniem adaptacyjnym jest koncentracja na emocjach. Wyraża się ono chęcią kontrolowania przykrych reakcji emocjonalnych towarzyszących bólowi. Jeżeli chory zdecyduje się na takie rozwiązanie, będzie on szukał wsparcia [11]. Autorzy Kwestionariusza Radzenia Sobie z Bólem (CSQ, The Pain Coping Strategies Questionnaire) wymieniają nieco inny podział strategii radzenia sobie z bólem. Wyróżniają oni trzy główne formy: poznawcze radzenie sobie, odwracanie uwagi i podejmowanie czynności zastępczych oraz katastrofizowanie i poszukiwanie nadziei. W ich obrębie wyliczyli oni poszczególne strategie: przewartościowanie doznań bólu, ignorowanie bólu, deklarowanie radzenia sobie, odwracanie uwagi, zwiększoną aktywność behawioralną, katastrofizowanie, modlenie się i pokładanie nadziei [12].

## Cel

Badania podjęto w celu wyłonienia determinantów radzenia sobie z bólem wśród chorych onkologicznie.

## Materiał i metody

Badania przeprowadzono wśród 102-osobowej grupy pacjentów oddziałów: chirurgii onkologicznej, radioterapii i chemioterapii Szpitala Specjalistycznego Podkarpackiego Ośrodka Onkologicznego w Brzozowie. Badani mieli rozpoznane różne typy

nowotworów. W grupie badawczej 57% stanowiły kobiety, a 43% mężczyźni. Wiek badanych pacjentów wahał się w granicach 20–85 lat. Czas leczenia badanych wynosił od 1 doby do ponad 5 lat, większość badanych (29%) była leczona w okresie do 2 miesięcy. Do przeprowadzonego badania posłużono się metodą sondażu diagnostycznego. Jako technikę badawczą wykorzystano ankietę. Skorzystano także z następujących narzędzi badawczych (testów psychologicznych, zakupionych w Pracowni Testów Psychologicznych): Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności (GSES, Generalized Self-Efficacy Scale), Skala Akceptacji Choroby (AIS, Acceptance of Illness Scale), CSQ.

Skala Uogólnionej Własnej Skuteczności jest krótkim narzędziem — składa się z 10 stwierdzeń. Wynik ukazuje siłę ogólnego przekonania jednostki dotyczącą skuteczności radzenia sobie w sytuacjach trudnych, kiedy jednostka ma do czynienia z różnorodnymi przeszkodami. Zsumowanie wszystkich punktów wyznacza ogólny wskaźnik poczucia własnej skuteczności. Może się on mieścić w granicach 10–40 punktów. Wyższy wynik oznacza większe poczucie własnej skuteczności [12].

Skala Akceptacji Choroby zawiera osiem stwierdzeń dotyczących możliwych konsekwencji złego stanu zdrowia. Odnoszą się one do ograniczeń, jakie narzuca choroba, braku samowystarczalności i poczucia niezależności oraz obniżonego poczucia własnej wartości. Im mniejsze nasilenie negatywnych emocji i reakcji na te elementy, tym większa jest akceptacja choroby. Co z kolei daje lepsze przystosowanie i redukuje w znacznej mierze dyskomfort psychiczny. Zsumowanie wszystkich punktów daje ogólną miarę stopnia akceptacji choroby. Minimalna liczba punktów możliwa do osiągnięcia wynosi 8, a maksymalna 40. Niski wynik jest przejawem braku akceptacji choroby i braku przystosowania się do trudności z nią związanych. Oznacza też silne odczucie dyskomfortu psychicznego. Natomiast wysoki wynik wskazuje na przystosowanie chorego do aktualnego stanu, przejawiające się brakiem negatywnych emocji związanych z chorobą [12].

Kwestionariusz Strategii Radzenia Sobie z Bólem składa się z 42 stwierdzeń obrazujących różne sposoby radzenia sobie z bólem oraz dwóch pytań dotyczących ich wykorzystania dla opanowania i obniżenia odczuwanego bólu. Dzięki zastosowaniu kwestionariusza CSQ możliwe jest przewidywanie przystosowania się do przewlekłego bólu [12]. Wśród sposobów radzenia sobie z bólem wyróżniono siedem strategii, z czego sześć z nich odzwierciedla poznawcze, a jedna behawioralną strategię. Wchodzą one z kolei w skład trzech czynników: poznawczego radzenia sobie, odwracania uwagi i podejmowania czynności zastępczych oraz katastrofizowania i poszukiwania

nadziei. Dla każdej strategii oblicza się wynik, który mieści się w przedziale 0–36 punktów. Wysoki wynik oznacza przypisywanie znaczenia danemu sposobowi radzenia sobie z bólem. Oddzielnie interpretowane są pytania dotyczące stopnia opanowania i możliwości zredukowania bólu. W tym przypadku wynik mieści się w granicach 0–6. Im jest on wyższy, tym większe znaczenie przypisywane jest sposobom opanowywania i redukcji odczuwanego bólu [12].

Obliczenia statystyczne przeprowadzono za pomocą programu Statistica 7.1. Dla wszystkich obliczeń statystycznych przyjęto poziom istotności  $p$  nieprzekraczający wartości 0,05. Do obliczeń użyto testów: Shapiro-Wilka, Spearmana, Kruskala-Wallisa, U Manna-Whitneya oraz Friedmana.

## Wyniki

Wśród badanych dominowały średnie wartości poczucia własnej skuteczności: 24% badanych otrzymało 6 punktów w wymiarze poczucia własnej skuteczności, a 28% otrzymało 7 punktów (tab. 1, ryc. 1).

Wśród badanych dominowały średnie wartości akceptacji choroby: 17% badanych otrzymało 15–20 pkt. w wymiarze akceptacji choroby, 26% otrzymało 20–25 pkt. i 33% otrzymało 25–30 pkt. (tab. 2, ryc. 2).

Sposób radzenia sobie z bólem jest istotnie statystycznie różny dla wyodrębnionych dziedzin. Analizując rycinę 3 stwierdza się, że badane osoby najczęściej radzą sobie z bólem poprzez modlitwę/pokładanie nadziei, rzadziej poprzez deklarowanie radzenia sobie i odwracanie uwagi, a najrzadziej przez pozostałe wyodrębnione sposoby, które są na podobnym poziomie (tab. 3, ryc. 3).

Po przeanalizowaniu powyższych wyników przystąpiono do zbadania w jakim stopniu akceptacja choroby ma wpływ na poszczególne sposoby radzenia sobie z bólem oraz w jakim stopniu akceptacja choroby wpływa na ocenę panowania nad swoim bólem i ocenę możliwości jego zmniejszenia.

Uzyskane współczynniki  $R$  Spearmana, na poziomie istotności  $p < 0,05$  (tab. 4), wskazują na występowanie istotnie statystycznej korelacji tylko pomiędzy akceptacją choroby a katastrofizowaniem jako sposobem radzenia sobie z bólem. Ujemna wartość  $R$  Spearmana oznacza, że im badany ma wyższą wartość akceptacji choroby, tym niższą ma wartość katastrofizowania jako sposobu radzenia sobie z bólem.

Występuje zależność pomiędzy akceptacją choroby a oceną panowania nad swoim bólem i oceną możliwości jego zmniejszenia (tab. 5).

Uzyskane współczynniki  $R$  Spearmana, na poziomie istotności  $p < 0,05$ , wskazują na występowanie słabej istotnie statystycznej korelacji pomiędzy badanymi zmiennymi. Dodatnie wartości  $R$  Spearmana

**Tabela 1.** Statystyka opisowa poczucia własnej skuteczności**Table 1.** Descriptive statistics of the feeling of own efficacy

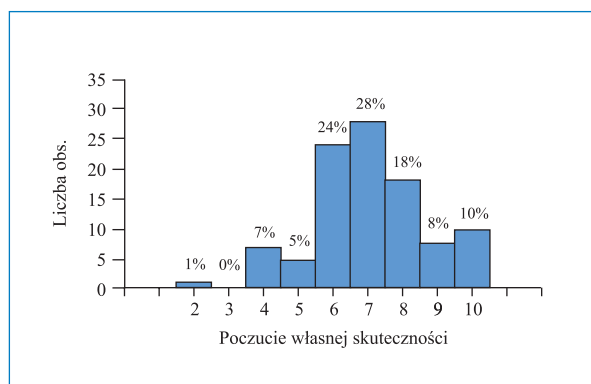
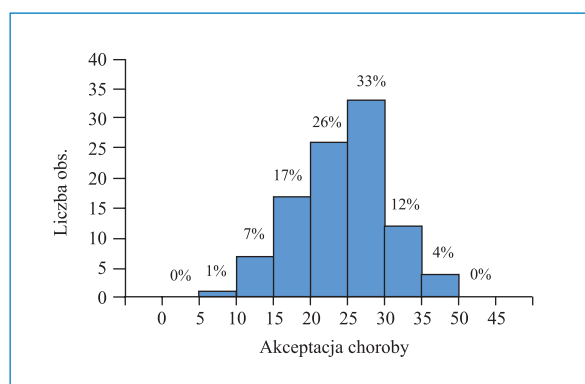
Zmienna	Statystyki opisowe							
	N waznych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność Mody	Minimum	Maksimum	OchYLENIE standardowe
Poczucie własnej skuteczności	102	7,039216	7	7	29	2	10	1,640584

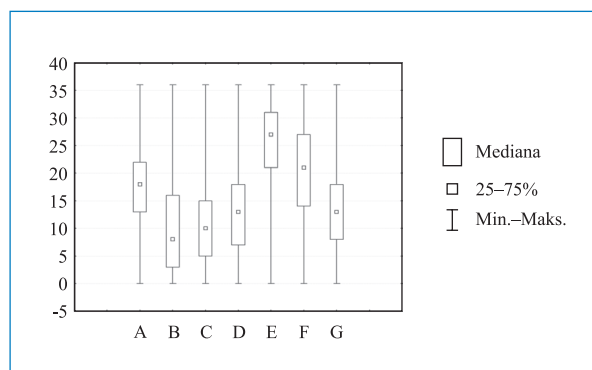
**Tabela 2.** Statystyka opisowa akceptacji choroby**Table 2.** Descriptive statistics of the acceptance of the disease

Zmienna	Statystyki opisowe							
	N waznych	Średnia	Mediana	Moda	Liczność Mody	Minimum	Maksimum	OchYLENIE standardowe
Akceptacja choroby	102	24,92157	25	26	9	8	40	6,338139

**Tabela 3.** Wyniki testu Friedmana dla wszystkich sposobów radzenia sobie z bólem**Table 3.** Results of the Friedman's test for all the pain coping strategies

Zmienna	ANOVA Friedmana i współczynnik zgodności Kendala chi2 ANOVA (n = 102, df 6) = 293,0936, p 0,00000; współczynnik zgodności = ,47891, r śr. rang = , 47375			
	Średnia ranga	Suma rang	Średnia	Odchylenie standardowe
A — odwracanie uwagi jako sposób na ból	4,578431	467,0000	17,48020	7,762241
B — przewartościowanie doznań bólu jako sposób na ból	2,343137	239,0000	9,74510	8,249436
C — katastrofizowanie jako sposób na ból	2,696078	275,0000	10,36275	7,534461
D — ignorowanie doznań jako sposób na ból	3,382353	345,0000	13,36275	8,412378
E — modlenie się/pokładanie nadziei jako sposób na ból	6,250000	637,5000	25,51961	7,610220
F — deklarowanie radzenia sobie jako sposób na ból	5,421569	553,0000	20,49020	8,486151
G — zwiększona aktywność behawioralna jako sposób na ból	3,328431	339,5000	13,41176	7,864386

**Rycina 1.** Poczucie własnej skuteczności badanych osób  
**Figure 1.** Feeling of own efficacy of the tested patients**Rycina 2.** Akceptacja choroby badanych osób  
**Figure 2.** Acceptance of the disease among tested patients



**Rycina 3.** Interpretacja graficzna testu Friedmana dla wszystkich sposobów radzenia sobie z bólem

**Figure 3.** Graphic interpretation of the Friedman's test for all the pain coping strategies

oznaczają, że im badany ma wyższą wartość akceptacji choroby, tym wyższą ma wartość oceny panowania nad bólem oraz oceny możliwości zmniejszenia bólu.

Kolejnym krokiem było zbadanie w jakim stopniu uogólniona własna skuteczność wpływa na radzenie sobie z bólem. Uzyskane współczynniki R Spearmana, na poziomie istotności  $p < 0,05$ , wskazują na występowanie istotnie statystycznej korelacji pomiędzy wszystkimi sposobami radzenia sobie z bólem a poczuciem własnej skuteczności (tab. 6). Ujemna wartość R Spearmana oznacza, że im badany ma wyższą wartość poczucia własnej skuteczności, tym niższą ma wartość radzenia sobie z bólem poprzez katastrofizowanie, dodatnie wartości natomiast informują, że wzrost jednej wartości oznacza wzrost drugiej, czyli na przykładzie pierwszego porównania

**Tabela 4.** Wyniki korelacji akceptacji choroby i sposobu radzenia sobie z bólem

**Table 4.** Results of correlation between the disease acceptance and the manner of coping with pain

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwanie parami Zaznaczanie korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N	R	t(N-2)	poziom
	ważnych	Spearmana		p
Akceptacja choroby & odwracanie uwagi jako sposób na ból	102	0,018495	0,19499	0,845797
Akceptacja choroby & przewartościowanie doznań bólu jako sposób na ból	102	0,004771	0,04771	0,962041
Akceptacja choroby & katastrofizowanie jako sposób na ból	102	-0,325845	-3,44655	0,000832
Akceptacja choroby & ignorowanie doznań jako sposób na ból	102	0,147328	1,48954	0,139493
Akceptacja choroby & modlenie się/pokładanie nadziei jako sposób na ból	102	-0,049865	-0,49927	0,618687
Akceptacja choroby & deklarowanie radzenia sobie jako sposób na ból	102	0,077441	0,77674	0,439143
Akceptacja choroby & zwiększona aktywność behawioralna jako sposób na ból	102	0,077333	0,77565	0,439786

**Tabela 5.** Wyniki korelacji akceptacji choroby i ocen panowania nad swoim bólem i możliwości zmniejszenia bólu

**Table 5.** Results of correlation between the disease acceptance and the assessment of managing own pain as well as the possibility of alleviating the pain

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwanie parami Zaznaczanie korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N	R	t(N-2)	poziom
	ważnych	Spearmana		p
Akceptacja choroby & ocena panowania nad swoim bólem	102	0,273487	2,843271	0,005415
Akceptacja choroby & ocena możliwości zmniejszenia bólu	102	0,241685	2,490688	0,014397



**Tabela 6.** Wyniki korelacji poczucia własnej skuteczności i sposobu radzenia sobie z bólem**Table 6.** Results of correlation between own efficacy and the manner of coping with pain

Para zmiennych poczucia własnej skuteczności &	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwanie parami Zaznaczanie korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N	R	t(N-2)	poziom
	ważnych	Spearmana		p
Odwracanie uwagi jako sposób na ból	102	0,302117	3,16927	0,002028
Przewartościowanie doznań bólu jako sposób na ból	102	0,292202	3,05537	0,002882
Katastrofizowanie jako sposób na ból	102	-0,205182	-2,09643	0,038568
Ignorowanie doznań jako sposób na ból	102	0,295927	3,09803	0,002529
Modlenie się/pokładanie nadziei jako sposób na ból	102	0,204430	2,08840	0,039302
Deklarowanie radzenia sobie jako sposób na ból	102	0,271369	2,81949	0,005800
Zwiększona aktywność behawioralna jako sposób na ból	102	0,248841	2,56923	0,011669

**Tabela 7.** Wyniki korelacji poczucia własnej skuteczności i oceny panowania nad swoim bólem**Table 7.** Results of correlation between own efficacy and the assessment of managing own pain

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwanie parami Zaznaczanie korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N	R	t(N-2)	poziom
	ważnych	Spearmana		p
Poczucie własnej skuteczności & ocena panowania nad swoim bólem	102	0,284785	2,970870	0,003719

stwierdza się, że im wartość poczucia własnej skuteczności jest wyższa, tym wyższa jest wartość odwracania uwagi jako sposobu radzenia sobie z bólem.

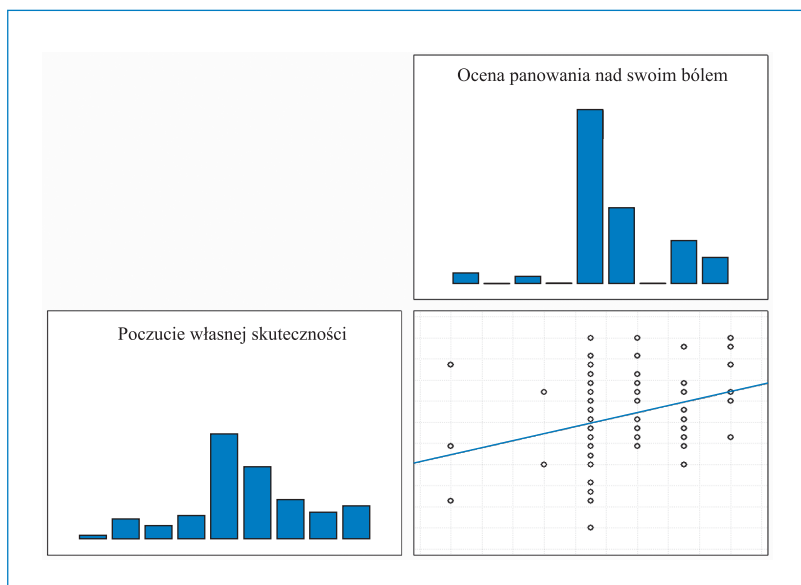
Następnie oceniono zależność pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a oceną panowania nad swoim bólem i możliwości zmniejszenia bólu. Uzyskany współczynnik R Spearmana, na poziomie istotności  $p < 0,05$ , wskazuje na występowanie istotnie statystycznej dodatniej korelacji pomiędzy oceną panowania nad swoim bólem a poczuciem własnej skuteczności (tab. 7). Na rycinie 4 przedstawiono analizę wyniku testu R Spearmana, który wskazuje na to, że im wyższe jest poczucie własnej skuteczności, tym wyższa jest ocena panowania nad swoim bólem.

Na rycinie 5 zaprezentowano wyniki istnienia zależności pomiędzy poczuciem własnej skuteczności a oceną możliwości zmniejszenia bólu. Uzyskany współczynnik R Spearmana (tab. 8), na poziomie istotności  $p < 0,05$ , wskazuje na występowanie istotnie statystycznej dodatniej korelacji pomiędzy oceną możliwości zmniejszenia bólu a poczuciem własnej skuteczności. Wynik testu R Spearmana potwierdził,

że im wyższe jest poczucie własnej skuteczności, tym wyższa jest ocena możliwości zmniejszenia bólu (ryc. 5).

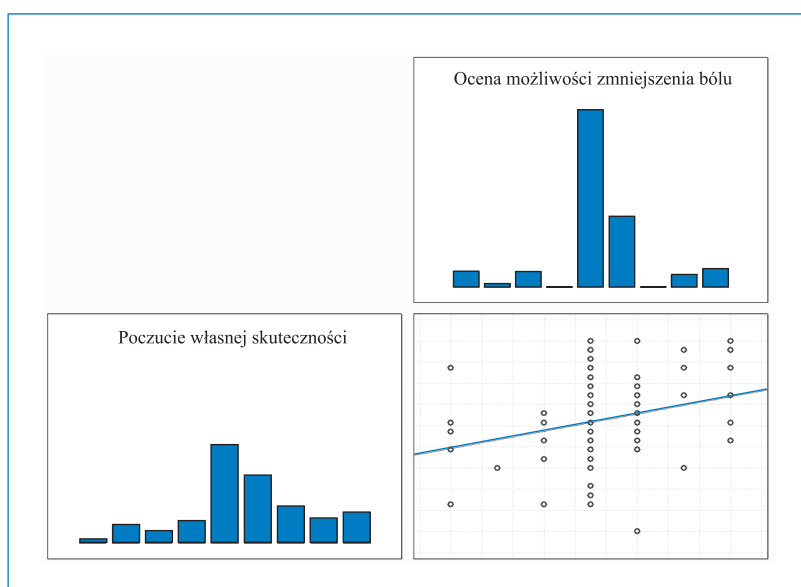
## Dyskusja

W medycynie współczesnej zauważa się tendencję do traktowania przewlekłych chorób w szerokim, wieloczynnikowym kontekście. Zwraca się uwagę na wymiar biologiczny i podkreśla się podłoże psychologiczne, społeczne, duchowe i egzystencjalne. Wykonywane są liczne badania na temat poszczególnych aspektów chorób nowotworowych. Wśród nich istotne znaczenie mają te dotyczące bólu nowotworowego. Brakuje jednak całościowych badań odnoszących się do determinantów radzenia sobie z nim. W badaniach własnych uczestniczyły 102 osoby. Pacjenci najczęściej radzą sobie z bólem poprzez modlitwę/pokładanie nadziei. Nie odnaleziono analogicznych badań przeprowadzonych w grupie chorych onkologicznie. Wynik podobny, choć u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego uzyskała Andruszkiewicz i wsp. [11]. Natomiast na podstawie badań Łuczak-



**Rycina 4.** Korelacje poczucia własnej skuteczności i oceny panowania nad swoim bólem

**Figure 4.** Correlation between own efficacy and the assessment of managing own pain



**Rycina 5.** Korelacje poczucia własnej skuteczności i oceny możliwości zmniejszenia bólu

**Figure 5.** Correlation between the feeling of own efficacy and the assessment of the possibility of alleviating the pain

-Wawrzyniak i wsp. [13] okazało się, że kobiety chore na endometriozę również najczęściej wykorzystują strategię modlenia się/pokładania nadziei. Kolejne co do częstości stosowania strategii radzenia sobie z bólem w badanej grupie to deklarowanie radzenia sobie i odwracanie uwagi. Inne, bardziej konstruktywne sposoby radzenia sobie z bólem były stosowane o wiele rzadziej. Jest to zgodne z wynikami poprzednich

cytowanych badań [11, 13]. Podobne wnioski postawili też Rosenstiel i Keefe [14], badając relacje pomiędzy strategiami radzenia sobie z bólem a aktualnym przystosowaniem się pacjentów do przewlekłego bólu. Być może taki stan rzeczy jest spowodowany obniżeniem poczucia własnej skuteczności, które jak wykazały badania własne koreluje istotnie statystycznie ze wszystkimi sposobami radzenia sobie z bólem. Im

**Tabela 8.** Wyniki korelacji poczucia własnej skuteczności i oceny możliwości zmniejszenia bólu**Table 8.** Results of correlation between the feeling of own efficacy and the assessment of the possibility of alleviating the pain

Para zmiennych	Korelacja porządku rang Spearmana BD usuwanie parami Zaznaczanie korelacji są istotne z $p < ,05000$			
	N	R	t(N-2)	poziom
	ważnych	Spearmana		p
Poczucie własnej skuteczności & ocena możliwości zmniejszenia bólu	102	0,216174	2,214089	0,029094

wyższa wartość poczucia własnej skuteczności, tym wyższa wartość poszczególnych sposobów radzenia sobie z bólem (z wyjątkiem katastrofizowania — im wyższa wartość poczucia własnej skuteczności, tym niższa wartość katastrofizowania jako sposobu na ból) oraz wyższa ocena panowania nad swoim bólem i ocena możliwości jego zmniejszenia. W badaniach własnych dominowały wartości średnie poczucia własnej skuteczności, co jest zgodne z innymi badaniami prowadzonymi wśród chorych onkologicznie. Zostało to wykazane w pracach Luszczyńskiej i wsp. [15], którzy opracowywali dane z różnych krajów i różnych grup badawczych, między innymi chorych na raka. Z kolei w badaniach przeprowadzonych wśród pacjentów z wylonioną stomią jelitową prawie połowa (47%) z nich prezentowała wysokie poczucie własnej skuteczności [16]. Powodem odmiennego wyniku może być fakt, że w badaniach własnych dominowały osoby, u których czas leczenia wynosił od 1 doby do 2 miesięcy, zaś w przytoczonych badaniach Kózki i wsp. [16] najczęściej występujący wśród badanych czas od wylonienia stomii, co w pewnym sensie można utożsamiać z czasem leczenia, wynosił do 5 lat. Wydaje się, że osoby te charakteryzował wyższy poziom wiedzy, umiejętności i doświadczenia w kontekście choroby nowotworowej w porównaniu z chorymi znajdującymi się na początku zmagania z rakiem. Jednak są to dane nie potwierdzone rzetelnymi badaniami.

Wyniki badań własnych nad akceptacją choroby prezentują się podobnie jak w badaniach Wiraszki i wsp. [17] oraz Michalak i wsp. [18]. Akceptacja choroby w tej grupie pacjentów występuje na średnim poziomie. Z kolei w badaniach Juczyńskiego [12], kobiety z rakiem sutka i rakiem macicy prezentują wysokie poczucie akceptacji choroby. Uzyskany wynik znacznie odbiega od wyników w innych grupach chorych. W badaniach własnych ogólny średni wynik akceptacji choroby wśród badanych osób, może wynikać z udziału pacjentów, u których zdiagnozowano inne nowotwory, co do których nie przeprowadzono

dotychczas szczegółowych badań nad akceptacją choroby. Ciekawa jest również zależność akceptacji choroby i strategii radzenia sobie z bólem. Badania przeprowadzone wśród chorych z migreną wskazują na istnienie korelacji pomiędzy akceptacją choroby, a konstruktywnymi sposobami radzenia sobie z bólem, takimi jak deklarowanie radzenia sobie i przewarżościowanie doznań [19]. Jak się bowiem okazuje pacjenci z migreną przejawiają wysoką akceptację choroby i stosują w związku z tym bardziej aktywne i twórcze strategie radzenia sobie z bólem, niż chorzy onkologicznie. W badaniach własnych zależność ta nie potwierdziła się, być może dlatego, że osoby badane cechowała akceptacja choroby na średnim poziomie.

Czynniki determinujące strategie radzenia sobie z bólem nowotworowym stanowią niezwykle interesujące zagadnienie, a ich poznanie wymaga dalszych badań. Należy podjąć starania w celu ich zidentyfikowania i zrozumienia zależności, jakie pomiędzy nimi zachodzą, aby wykorzystać tę wiedzę dla dobra chorych na raka.

## Wnioski

1. W badanej grupie pacjenci najczęściej radzą sobie z bólem poprzez modlitwę/pokładanie nadziei, rzadziej poprzez deklarowanie radzenia sobie i odwracanie uwagi. Posiadają średnie wartości akceptacji choroby i poczucia własnej skuteczności.
2. Istnieje statystycznie istotna zależność pomiędzy akceptacją choroby a katastrofizowaniem jako sposobem radzenia sobie z bólem oraz pomiędzy akceptacją choroby a oceną panowania nad swoim bólem i oceną możliwości jego zmniejszenia.
3. Istnieje statystycznie istotna korelacja pomiędzy wszystkimi sposobami radzenia sobie z bólem i oceną panowania nad bólem i możliwością jego zmniejszenia a poczuciem własnej skuteczności.
4. Wyższe poczucie własnej skuteczności daje pacjentom wyższą ocenę panowania nad własnym bólem i wyższą ocenę możliwości zmniejszenia bólu.



## Piśmiennictwo

1. Wojciechowska U., Didkowska J., Zatoński W. Nowotwory złośliwe w Polsce w 2010 roku. Krajowy Rejestr Nowotworów Zakład Epidemiologii i Prewencji Nowotworów. Warszawa 2012.
2. Krzemieniecki K. Problematyka leczenia bólu nowotworowego w praktyce. *Współcz. Onkol.* 2005; 9: 31–33.
3. Hilgier M. Bóle przebijające w chorobie nowotworowej. *Współcz. Onkol.* 2007; 11: 276–282.
4. Rudowska J. Bóle przebijające u pacjentów z chorobą nowotworową. *Współcz. Onkol.* 2012; 16: 502–505.
5. Wilusz M., Cibora E., Gąska I. Rola pielęgniarki w zwalczaniu bólu totalnego u pacjentów z chorobą nowotworową. *Zdr. Publ.* 2007; 117: 402–404.
6. Melzack R., Wall P.D. Tajemnica bólu. WAM, Kraków 2006.
7. Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. Psychologiczne aspekty choroby i zachorowania. W: Jakubowska-Winecka A., Włodarczyk D. (red.). *Psychologia w praktyce medycznej*. Wydawnictwo Lekarskie PZWL, Warszawa 2007: 108–125.
8. Bishop G.D. *Psychologia zdrowia*. Astrum, Wrocław 2007.
9. Michałowska-Wieczorek I. Rola wsparcia w zmaganiu się z chorobą nowotworową. *Psychoonkologia* 2006; 10: 51–56.
10. Tyszkiewicz-Bandur M., Siemińska M.J. Dynamics of hope in neoplastic disease: a review. *Ann. Acad. Med. Stetin.* 2006; 52: 141–145.
11. Andruszkiewicz A., Wróbel B., Marzec A., Kocięcka A. Strategie radzenia sobie z bólem u pacjentów ze zmianami zwyrodnieniowymi stawu biodrowego. *Probl. Pielęg.* 2008; 3: 237–240.
12. Juczyński Z. Narzędzia pomiaru w promocji i psychologii zdrowia. Pracownia Testów Psychologicznych Polskiego Towarzystwa Psychologicznego, Warszawa 2001.
13. Łuczak-Wawrzyniak J., Szczepańska M., Skrzypczak J. Ocena jakości życia kobiet z rozpoznaną endometriozą oraz sposobów radzenia sobie z negatywnymi skutkami choroby. *Przegl. Menopauz.* 2007; 6: 329–335.
14. Rosenstiel A., Keefe F.J. The use of coping strategies in chronic low back pain patients: relationship to patient characteristics and current adjustment. *Pain* 1983; 17: 33–44.
15. Luszczynska A., Scholz U., Schwarzer R. The General Self Efficacy Scale: Multicultural Validation Studies. *J. Psychol.* 2005; 5: 439–457.
16. Kózka M., Bazaliński D., Jakubowski K., Pudło M. Determinanty funkcjonowania psychospołecznego osób z przetoką jelitową. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2010; 4: 123–129.
17. Wiraszka G., Lelonek B. Funkcjonowanie chorego z białaczką a akceptacja choroby nowotworowej. *Studia Medyczne* 2008; 10: 21–26.
18. Michalak S., Cierznikowska K., Banaszkiewicz Z., Szewczyk M.T., Jawień A. Ocena przystosowania się chorych do życia ze stomią jelitową. *Pielęg. Chir. Angiol.* 2008; 3: 91–98.
19. Rolka H., Krajewska-Kułak E., Kułak W., Drozdowski W., Gołębiewska A., Kondzior D. Akceptacja choroby i strategie radzenia sobie z bólem jako istotne komponenty oceny jakości życia zależnej od stanu zdrowia u chorych z migreną. *Doniesienie wstępne. Probl. Pielęg.* 2009; 3: 178–183.